

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)**

**Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios  
Página de instrucciones**

**Por favor lea estas instrucciones antes de llenar la solicitud.**

Estimado solicitante:

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos [Executive Office of Health and Human Services (EOHHS)] es el organismo que dirige los servicios de salud y los servicios humanos del estado. Esta solicitud es específicamente para MassHealth, el Plan de seguridad médica para niños [Children's Medical Security Plan (CMSP)] y Healthy Start. Además le proporciona a EOHHS la información que se usará para determinar la situación de paciente de bajos recursos para pagarle al proveedor de atención médica por medio del Fondo común no compensado para servicios médicos (Uncompensated Care Pool).

MassHealth proporciona cobertura para servicios médicos y ayuda para pagar primas de seguro médico para familias, niños e individuos. El tipo de cobertura que usted reciba dependerá del tamaño de su familia, sus ingresos, cualquier otro plan de seguros que tenga, su condición de inmigrante y otras circunstancias. Después de que MassHealth revise su solicitud llenada, **usted recibirá el máximo de cobertura para la que califique.**

**Quién puede usar esta solicitud.**

En términos generales, esta solicitud es para personas que viven en Massachusetts, que no estén viviendo en una casa de reposo ni estén a punto de irse a vivir a una casa de reposo y que tengan menos de 65 años de edad. Esta solicitud también la pueden usar personas de cualquier edad que tengan hijos menores de 19 años o sean familiares de menores de 19 años que vivan con ellos o se hagan cargo de ellos ya que ninguno de los padres está viviendo en el hogar, o por personas discapacitadas que trabajen 40 horas o más al mes. Si esta solicitud no es para usted, marque al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total) para informarse si hay otra solicitud que usted deba usar para estos programas.

**¿Desea usar esta solicitud electrónica?**

Esta solicitud está diseñada para usarla con el apoyo de ciertos hospitales y centros de salud comunitarios que enviarán la información de su solicitud a EOHHS por vía electrónica. Esta solicitud se llama solicitud electrónica porque la información que usted nos proporcione en ella será enviada electrónicamente a EOHHS.

Si lo desea, en vez de usar esta solicitud electrónica, usted puede solicitar los cuatro programas que se mencionan arriba mediante una solicitud en papel llamada Solicitud de beneficios médicos [Medical Benefit Request (MBR)] de MassHealth. La MBR debe ser enviada a MassHealth según las instrucciones que aparecen en la MBR. El hospital o el centro de salud comunitario que le ayudan pueden darle una MBR o usted puede comunicarse con MassHealth y para pedírsela como se explica a continuación.

Antes de decidir si va a usar esta solicitud electrónica o la MBR, tome en cuenta lo siguiente.

- Si decide usar esta solicitud electrónica, la información que proporcione será archivada en el sistema de solicitud de admisión común de EOHHS. Luego, otros programas de EOHHS podrán tener acceso a esa información y usarla si usted solicita otros programas de EOHHS electrónicamente a través del sistema

de solicitud de admisión común. Si no desea que la información de su solicitud se archive para usarla cuando solicite otros programas de EOHHS, no llene esta solicitud electrónica. Llene la MBR en su lugar.

- Si decide usar esta solicitud electrónica, el hospital o centro de salud comunitario que le ayude obtendrá copias de las notificaciones de cumplimiento de requisitos que MassHealth le enviará a usted. Si no desea que el hospital o el centro de salud comunitario reciban esa información, no complete esta solicitud electrónica. Llene la MBR en su lugar. Si usted desea que el hospital o el centro de salud comunitario reciban esa información, entonces también debe llenar el MassHealth Virtual Gateway Permission to Share Information (PSI) Form [formulario de Autorización para compartir información (PSI) del Sistema de acceso virtual de MassHealth] como se explica a continuación.
- Su fecha de elegibilidad dependerá de la fecha en que MassHealth reciba una MBR en el correo o reciba esta solicitud electrónicamente desde el hospital o el centro de salud comunitario que le ayuda a usted. Si usted se lleva esta solicitud a su casa para llenarla y la envía de vuelta al hospital o al centro de salud comunitario para que ellos la envíen electrónicamente a MassHealth, es posible que su fecha de elegibilidad se retrase más que si se hubiera llevado la MBR a su casa y la hubiera enviado directamente a MassHealth siguiendo las instrucciones de envío que vienen en la MBR. Si no desea enviar la solicitud electrónica al hospital o al centro de salud comunitario, use la MBR y envíela con todos los formularios que se piden, tal como se explica en la MBR.

### **¿Tiene el paquete de solicitud completo?**

El paquete que viene con esta solicitud contiene:

- Un folleto que explica quién es elegible, cuáles son las normas sobre ingresos y qué servicios puede recibir (HCR-2)
- Un formulario de Identificación del idioma materno [Primary Language Identification Form (PLIF)]
- Información sobre el registro para votar (VOTE-3) (No es necesario que se registre para votar para recibir MassHealth.)
- Un formulario de Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos de MassHealth (ERD)(Si usted desea que alguien actúe a su nombre como su Representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, use este formulario para indicarnos quién es esa persona. Si desea tener un Representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, él o ella también debe llenar y firmar el ERD adjunto antes de darnos información para la solicitud.)
- Un folleto del Programa de nutrición para mujeres, infantes y niños [Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)]
- Un folleto de información sobre inmigración que ofrece a las personas que no son ciudadanas de Estados Unidos algunos datos básicos sobre su condición de inmigrante y cómo solicitar MassHealth, CMSP, Healthy Start y el Fondo común no compensado para servicios médicos (Uncompensated Care Pool)

Por favor lea atentamente el Folleto para miembros de MassHealth antes de llenar la solicitud. Quédese con el folleto, es posible que responda preguntas que se le ocurran después.

### **Cómo llenar la solicitud.**

Por favor anote un solo grupo familiar en la solicitud. El grupo familiar puede estar integrado por los padres, padrastros, o padres adoptivos de cualquier edad y cualquiera de sus hijos menores de 19 años que vivan con ellos. Si no hay padres de familia que vivan en el hogar, el grupo familiar puede estar compuesto por los hermanos menores de 19 años, o menores de 19 años y un adulto que esté emparentado con ellos por vínculos de sangre, adopción o matrimonio, o bien el cónyuge o ex-cónyuge de uno de aquellos miembros

de la familia que viven juntos. Un grupo familiar también puede estar compuesto por un individuo o una pareja de casados que vivan juntos y no tengan hijos menores de 19 años. Si en su casa vive más de un grupo familiar, cada grupo familiar debe llenar una solicitud por separado. MassHealth enviará notificaciones de elegibilidad a quien sea el “jefe de familia”, a su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, si es que tiene uno, y a quien haya nombrado en el MassHealth Virtual Gateway Permission to Share Information (PSI) Form [formulario de Autorización para compartir información (PSI) del Sistema de acceso virtual de MassHealth] como se detalla a continuación.

Cuando llene la solicitud, asegúrese de:

- Responder **todas** las preguntas y llenar todas las secciones y suplementos que sean aplicables a usted y su familia.
- Firmar y fechar la solicitud. El jefe de familia, así como todos los solicitantes de 18 años o mayores y todos los padres de familia de cualquier edad que vivan con sus hijos deben firmar la solicitud.
- Enviar comprobantes de todos sus ingresos, como copias de dos talonarios de pago recientes, copias de cheques de beneficios o cartas de adjudicación, o copias de sus declaración de impuestos más reciente con sus anexos.
- Completar el Suplemento C según las instrucciones del Suplemento C. Si el otro padre vive en la misma vivienda que el niño, pero no desea solicitar MassHealth, asegúrese de anotar a ese padre/madre en la página 1 o 2 de la solicitud, en la sección “Otros miembros de la familia.”
- Enviar comprobante de su condición seropositiva al VIH sólo si desea saber si puede recibir MassHealth por ser seropositiva al VIH.
- Enviar copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otros documentos que muestren la condición de inmigrante) de todos los miembros de la familia que **no** sean ciudadanos de Estados Unidos y que estén solicitando MassHealth, excepto MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start o el Fondo común no compensado para servicios médicos (Uncompensated Care Pool).
- Enviar copia de ambos lados de todas las tarjetas de seguro médico de cada miembro de la familia que tenga seguro.

### **Otra información importante.**

**La información que usted nos proporcione es confidencial hasta donde lo exijan las leyes estatales y federales.**

Como se indicó anteriormente, cuando usted decida si desea usar esta solicitud electrónica, debe decidir si quiere que el hospital o el centro de salud comunitario que le está ayudando reciba copias de sus notificaciones de elegibilidad. En caso de que sí lo desee, debe llenar el **MassHealth Virtual Gateway Permission to Share Information (PSI) Form [formulario de Autorización para compartir información (PSI) del Sistema de acceso virtual de MassHealth]** el cual recibirá del hospital o del centro de salud comunitario junto con su solicitud. Cada persona que viva con usted, que tenga 18 años de edad o más, debe llenar y firmar un formulario PSI ya que las notificaciones de elegibilidad contendrán información sobre ellos. Si usted no desea que el hospital o el centro de salud comunitario reciba copias de sus notificaciones de elegibilidad, entonces no podrá usar la solicitud electrónica, y el hospital o el centro de salud comunitario le darán la solicitud conocida como Solicitud de beneficios médicos [Medical Benefit Request (MBR)] de MassHealth. Usted también puede pedir la MBR llamando al Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total). La MBR dice a dónde tiene que enviarla y a qué teléfonos debe llamar si tiene preguntas.

Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)

MassHealth Virtual Gateway  
Autorización para compartir información (PSI)

**Sección 1: Nombre del solicitante a MassHealth**

Se autoriza a MassHealth y a sus representantes a compartir la información que se detalla en la **Sección 2** acerca de:

Nombre del solicitante cuya información se ha de compartir		Dirección	
Fecha de nacimiento (mes/día/años) / /	Número de teléfono durante el día ( )	Número de teléfono durante la noche ( )	Número de Seguro Social

con la persona o entidad que se detalla en la **Sección 3**.

**Por favor note:** Se exige el número de seguro social del solicitante si tal número se ha expedido, a menos que la persona sólo esté solicitando los beneficios de MassHealth Limited, el Plan de seguridad médica para niños (CMSP), Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos.

**Sección 2: Información que Ud. desea compartir**

Por favor lea atentamente.

Otorgo permiso a MassHealth a compartir la siguiente información sobre notificación del cumplimiento de requisitos e información sobre requisitos para recibir y tener acceso a los beneficios de MassHealth con la persona o entidad que se detallan en la **Sección 3**. (Esto significa que usted desea que la persona o entidad indicada en la **Sección 3** pueda comunicarse con MassHealth para obtener información sobre el cumplimiento de requisitos y copias de sus notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos.)

**Por favor note:** Las notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos incluyen información sobre todos los miembros del hogar. Cada miembro de su familia que tenga 18 años o más deberá firmar y entregar un formulario PSI por separado. Si no recibimos los formularios firmados por cada miembro de su familia que tenga 18 años o más, no podremos compartir su información como usted la ha solicitado.

**Sección 3: ¿Con quién desea Ud. que compartamos la información?**

Indique en esta sección el nombre de **SÓLO UNA persona o entidad**. Deberá llenar otro formulario PSI si desea nombrar más de una persona o entidad.

MassHealth puede compartir la información indicada en la **Sección 2** con:

Nombre de la persona o entidad:	
A cargo de (nombre de la persona de contacto dentro de la entidad a quien se le debe enviar la información):	
Dirección:	
Número de teléfono: ( )	Número de fax: ( )

#### Sección 4: ¿Porqué desea Ud. compartir su información?

Indique el motivo por el cual desea compartir la información detallada en la **Sección 2**. Si no desea enumerar motivos específicos, basta con que escriba: "según lo solicité yo." Si no completa esta sección, supondremos que ha indicado "según lo solicité yo."

**Otorgo permiso a MassHealth para que comparta la información que se detalla en la Sección 2 por el siguiente motivo:** Según lo solicité yo

#### Sección 5: Fecha de expiración del permiso

**La presente Autorización para compartir información es válida hasta:** Un año a partir de la fecha de la solicitud

#### Sección 6: Firma

Entiendo que:

- una vez que la persona o entidad indicada en la **Sección 3** reciba la información de MassHealth, esta persona o entidad puede a su vez compartir la información con otros sin mi permiso. Si lo hace, puede que las leyes federales y estatales de confidencialidad no protejan esta información;
- puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, enviando una carta a:  
MassHealth  
Privacy and Security Office  
600 Washington Street  
Boston, MA 02111;
- si cancelo mi autorización, MassHealth no se puede retractar de la información que divulgó cuando tenía mi autorización;
- si no autorizo a MassHealth para que comparta la información o si anulo mi autorización para compartir la información con la persona o entidad indicada en la **Sección 3**, los beneficios de MassHealth del solicitante no se verán afectados de ningún modo; y
- en ciertas circunstancias, es posible que MassHealth no pueda compartir la información como lo he solicitado.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Información del jefe de familia**

Nombre	Inicial	Apellido
¿Esta persona está solicitando? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /

**Dirección del jefe de familia**

Dirección	Unidad	¿Sin hogar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Ciudad	Estado	Código Zip/Código postal

**Dirección postal del jefe de familia**

▶ ¿La unidad familiar tiene una dirección postal diferente? .....  sí  no **(Si es diferente, favor completar esta sección.)**

Caja postal (PO Box)	Dirección	Unidad
Ciudad	Estado	Código Zip/Código postal

▶ Si es menor de 19 años, ¿esta persona es nativa de Alaska o miembro de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal?\* .....  sí  no

**Si usted no es ciudadano de EE.UU., debe contestar las dos preguntas siguientes.**

▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona está prestando servicio activo en las Fuerzas armadas de Estados Unidos? .....  sí  no

▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona es veterana con baja honrosa de las Fuerzas armadas de Estados Unidos, o bien prestó servicio bajo mando norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de Vietnam? .....  sí  no

Número de Seguro Social**	▶ Si está solicitando, ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Origen étnico (opcional)	Tipo étnico (opcional)	Raza (opcional)

\* Los miembros de la familia menores de 19 años que sean nativos de Alaska o miembros de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal y que reciban MassHealth Family Assistance quizá no tengan que pagar ninguna prima por esta cobertura.

\*\* Requerido si se ha emitido uno y si esta persona está solicitando MassHealth, excepto para MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos.

**Otros miembros de la familia**

Nombre	Inicial	Apellido
Parentesco con el jefe de familia	▶ ¿Esta persona está solicitando? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento / /	▶ Si es menor de 19 años, ¿esta persona es nativa de Alaska o miembro de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal?* ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
<b>Si usted no es ciudadano de EE.UU., debe contestar las dos preguntas siguientes.</b>		
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona está prestando servicio activo en las Fuerzas armadas de Estados Unidos? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona es veterana con baja honrosa de las Fuerzas armadas de Estados Unidos, o bien prestó servicio bajo mando norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de Vietnam? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Número de Seguro Social**	▶ Si está solicitando, ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Origen étnico (opcional)	Tipo étnico (opcional)	Raza (opcional)

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Otros miembros de la familia (cont.)**

Nombre		Inicial	Apellido	
Parentesco con el jefe de familia			¿Esta persona está solicitando? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento / /	Si es menor de 19 años, ¿esta persona es nativa de Alaska o miembro de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal?* ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
<b>Si usted no es ciudadano de EE.UU., debe contestar las dos preguntas siguientes.</b>				
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona está prestando servicio activo en las Fuerzas armadas de Estados Unidos? .....			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona es veterana con baja honrosa de las Fuerzas armadas de Estados Unidos, o bien prestó servicio bajo mando norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de Vietnam?.....			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Número de Seguro Social**			▶ Si está solicitando, ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Origen étnico (opcional)		Tipo étnico (opcional)		Raza (opcional)

Nombre		Inicial	Apellido	
Parentesco con el jefe de familia			¿Esta persona está solicitando? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento / /	Si es menor de 19 años, ¿esta persona es nativa de Alaska o miembro de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal?* ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
<b>Si usted no es ciudadano de EE.UU., debe contestar las dos preguntas siguientes.</b>				
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona está prestando servicio activo en las Fuerzas armadas de Estados Unidos? .....			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona es veterana con baja honrosa de las Fuerzas armadas de Estados Unidos, o bien prestó servicio bajo mando norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de Vietnam?.....			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Número de Seguro Social**			▶ Si está solicitando, ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Origen étnico (opcional)		Tipo étnico (opcional)		Raza (opcional)

Nombre		Inicial	Apellido	
Parentesco con el jefe de familia			¿Esta persona está solicitando? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento / /	Si es menor de 19 años, ¿esta persona es nativa de Alaska o miembro de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal?* ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
<b>Si usted no es ciudadano de EE.UU., debe contestar las dos preguntas siguientes.</b>				
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona está prestando servicio activo en las Fuerzas armadas de Estados Unidos? .....			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
▶ Si tiene 18 años o más, ¿esta persona es veterana con baja honrosa de las Fuerzas armadas de Estados Unidos, o bien prestó servicio bajo mando norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de Vietnam?.....			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Número de Seguro Social**			▶ Si está solicitando, ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Origen étnico (opcional)		Tipo étnico (opcional)		Raza (opcional)

\* Los miembros de la familia menores de 19 años que sean nativos de Alaska o miembros de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal y que reciban MassHealth Family Assistance quizá no tengan que pagar ninguna prima por esta cobertura.

\*\* Requerido si se ha emitido uno y si esta persona está haciendo la solicitud para MassHealth, excepto para MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos.

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Información personal adicional**

▶ ¿Alguna persona en el hogar está en estado de **embarazo**? .....  sí  no *(Si la respuesta es sí, favor completar esta sección.)*

Persona embarazada	Número que espera	Fecha de parto prevista / /
--------------------	-------------------	--------------------------------

▶ ¿Algún miembro del hogar está solicitando a raíz de un **accidente, lesión o enfermedad ocasionada por otra persona**? ..  sí  no  
*(Si la respuesta es sí, favor completar esta sección.)*

▶ Persona que solicita a raíz de un accidente, lesión o enfermedad	▶ ¿Se ha entablado una demanda judicial o reclamo? ..... ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
▶ ¿La persona está cubierta por otro seguro (distinto de seguro médico)? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

▶ ¿Hay algún miembro de este hogar que esté **lesionado, enfermo o discapacitado**? .....  sí  no *(Si la respuesta es sí, favor completar esta sección.)*

**1. Persona con discapacidad, enfermedad o lesión**

▶ ¿Ha durado o se prevé que durará por lo menos 12 meses?.....  sí  no

▶ ¿Recibe subsidio de discapacidad del Seguro Social? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	▶ ¿Alguna vez recibió Ingresos suplementarios del Seguro Social? ..... ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
▶ ¿Legalmente ciego? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Si es ciego, <b>enviar certificado</b> de ceguera.	

**2. Persona con discapacidad, enfermedad o lesión**

▶ ¿Ha durado o se prevé que durará por lo menos 12 meses?.....  sí  no

▶ ¿Recibe subsidio de discapacidad del Seguro Social? ... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	▶ ¿Alguna vez recibió Ingresos suplementarios del Seguro Social? ..... ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
▶ ¿Legalmente ciego? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Si es ciego, <b>enviar certificado</b> de ceguera.	

▶ ¿Algún miembro de este hogar, de 19 años o mayor, está **desempleado** (o trabaja sólo de vez en cuando)? .....  sí  no  
*(Si la respuesta es sí, favor completar esta sección.)*

▶ Persona que está desempleada	▶ ¿Estudiante universitario el 75% del tiempo o más? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	▶ ¿Ha trabajado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Si trabajó de vez en cuando, ¿cuánto ganó en los últimos 12 meses (antes de impuestos y deducciones)?		

▶ ¿Usted o algún miembro de este hogar es **seropositivo al VIH** (opcional)? .....  sí  no  
MassHealth puede ofrecer a personas seropositivas al VIH, beneficios para los que no calificarían de ninguna otra manera.

Miembro(s) seropositivo(s) al VIH (opcional)

**Enviar prueba** de sus ingresos y de su condición seropositiva al VIH. Si no recibimos adjunta la constancia de su condición seropositiva al VIH, usted podría recibir beneficios hasta por 60 días mientras esperamos la constancia. **Para más información, vea el Folleto para miembros de MassHealth (MassHealth Member Booklet).**

**Información para contactar el hogar**

Nombre del jefe de familia	Teléfono durante el día	Teléfono durante la noche	Idioma que habla	Idioma que escribe
----------------------------	-------------------------	---------------------------	------------------	--------------------

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Información sobre condición inmigratoria**

**Si usted es ciudadano de EE.UU., NO TIENE que completar esta página.**

La condición de ciudadanía de los padres no afecta el elegibilidad de sus hijos.

Si usted ya contestó "sí" a cualquiera de las dos preguntas siguientes (A y B) o a las preguntas sobre servicio activo o veteranos en las páginas 1 o 2 de esta solicitud, **no tiene que completar esta página. Por favor siga a la página siguiente, "Información sobre sueldos/salarios."**

Si usted contestó "No" a las preguntas sobre veteranos en las páginas 1 o 2 y si contestó "No" a las dos preguntas siguientes (A o B), tendrá que completar el cuadro de condición inmigratoria abajo. Si usted no cabe dentro de ninguna condición, puede solicitar MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos.

**A. ▶** ¿Hay en el hogar un(a) esposa(o), viuda(o) o persona a cargo de alguien que esté prestando servicio activo o que sea veterano con baja honrosa de las Fuerzas armadas de Estados Unidos, o que haya prestado servicio bajo mando norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de Vietnam? .....  sí  no

**B. ▶** ¿Hay alguien en el hogar que sea víctima de abuso doméstico y que no esté viviendo con el agresor? .....  sí  no

Favor completar el cuadro siguiente para cada miembro de la familia que **no** es ciudadano de EE.UU. y que está solicitando MassHealth. Anote **todas** las condiciones inmigratorias que hayan correspondido a cada persona desde que ingresó a EE.UU.

**Note:** Los miembros de la familia que solamente deseen recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos, no tienen que darnos su número de Seguro Social. Nosotros no compararemos sus nombres con los de ninguna otra entidad, incluso el Departamento de Seguridad Interna (DHS). Usted no tiene que enviar prueba de su condición inmigratoria ni indicarla abajo, pero sí debe indicar sus nombres abajo y responder "Sí" a la pregunta: "¿Esta persona está solicitando únicamente MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos?" MassHealth Limited solamente paga servicios de urgencia. Para más información, vea el Folleto para miembros de MassHealth.

**Favor usar los siguientes indicadores de la condición inmigratoria:**

Amerasiático admitido en virtud de la Sección 584 de la Ley Pública 100-202, Asilo concedido, Libertad provisional concedida, Entrada condicional, Persona residente bajo apariencia de legalidad [Color of Law (PRUCOL)], Deportación retenida, Refugiado, Residente permanente legal, Visa temporal/otro, Ninguna información, Ingresante cubano/haitiano, Indígena americano con mínimo 50% sangre amerindia nacido en Canadá, Víctima de formas severas de tráfico (\*Tráfico de seres humanos con fines de prostitución o servidumbre involuntaria.)

Nombre del afiliado	Condición(es) inmigratoria(s)	Fecha de concesión de la condición	Fecha de ingreso a EE.UU.	▶ ¿Esta persona está solicitando únicamente MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o el Fondo común no compensado para servicios médicos?
		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		/ /	/ /	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**Envíe copias** de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otros documentos que indiquen la condición de inmigrante). **Para una descripción más detallada de las condiciones de inmigrante, vea el Folleto para miembros de MassHealth.**

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Información sobre sueldos/salarios**

▶ Hay alguien en el hogar que actualmente tenga ingresos por sueldo/salario (incluso por cuenta propia)? .....  sí  no  
(Si la respuesta es sí, favor completar la siguiente sección.)

▶ ¿Quién(es) recibe(n) ingresos por sueldo/salario?		Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
▶ ¿Este empleador ofrece seguro médico? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Es posible que podamos ayudarle a comprar seguro médico de su actual empleador.					
Dirección del empleador					
Dirección				Unidad	
Ciudad		Estado	Código Zip/Código postal		País
Tipo de sueldo: <input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Ingresos de estudiante <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Empleo por temporada <input type="checkbox"/> Taller supervisado <input type="checkbox"/> Otro					
▶ Si el tipo de sueldo es ingresos de estudiante, ¿la ayuda está asegurada o financiada por el gobierno (como trabajo universitario o work-study)? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			▶ Si el tipo de sueldo es ingresos de estudiante, ¿la ayuda para persona discapacitada es por medio de un programa para discapacitados financiado por subsidios? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
▶ ¿Este empleo es de tiempo completo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Período de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual (dos veces por mes) <input type="checkbox"/> Una vez			
Monto de ingresos (antes de deducciones) por periodo de pago indicado arriba \$			Número de horas trabajadas por semana		

▶ ¿Quién(es) recibe(n) ingresos por sueldo/salario?		Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
▶ ¿Este empleador ofrece seguro médico? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Es posible que podamos ayudarle a comprar seguro médico de su actual empleador.					
Dirección del empleador					
Dirección				Unidad	
Ciudad		Estado	Código Zip/Código postal		País
Tipo de sueldo: <input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Ingresos de estudiante <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Empleo por temporada <input type="checkbox"/> Taller supervisado <input type="checkbox"/> Otro					
▶ Si el tipo de sueldo es ingresos de estudiante, ¿la ayuda está asegurada o financiada por el gobierno (como trabajo universitario o work-study)? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			▶ Si el tipo de sueldo es ingresos de estudiante, ¿la ayuda para persona discapacitada es por medio de un programa para discapacitados financiado por subsidios? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
▶ ¿Este empleo es de tiempo completo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Período de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual (dos veces por mes) <input type="checkbox"/> Una vez			
Monto de ingresos (antes de deducciones) por periodo de pago indicado arriba \$			Número de horas trabajadas por semana		

**Envíe prueba** de ingreso salarial, por ejemplo copia de dos talonarios de pago recientes. Si trabajo por cuenta propia, envíe copia de su declaración de impuestos federales más reciente.

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Información sobre empleo del padre o madre ausente**

¿Hay un padre o madre ausente que no viva en el hogar y que esté empleado (incluso por cuenta propia)? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no (Si la respuesta es sí, favor completar la siguiente sección.)	
¿Quién es el empleado?	
Nombre del empleador	Teléfono del empleador
Dirección del empleador	Código Zip/Código postal
¿Este empleador ofrece seguro médico? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

**Otra información sobre ingresos**

¿Hay alguien en el hogar que tenga otros ingresos? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no (Si la respuesta es sí, favor completar la siguiente sección.)		
¿Quién tiene otros ingresos?	Otras categorías de ingresos (Vea la lista otras categorías/tipos de ingresos.)	Otros tipos de ingresos (Vea la lista otras categorías/tipos de ingresos.)
Si el tipo de ingresos es ayuda educativa, ¿el subsidio o préstamo de pregrado está financiado o asegurado por el gobierno? ..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Descripción de otros ingresos (si es diferente)		
Período de pago: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Bimensual (dos veces por mes) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Una vez		Monto de otros ingresos (antes de deducciones) por período de pago indicado arriba \$
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Envíe prueba</b> de otros ingresos.		

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Información sobre Medicare**

▶ Usted, o algún miembro de la familia que está solicitando, ¿recibe Medicare? .....  sí  no *(Si la respuesta es sí, favor completar la siguiente sección.)*

Nombre del solicitante que recibe Medicare	Número de reclamo de Medicare
--	-------------------------------

**Información sobre seguro médico**

▶ ¿Alguien en el hogar está cubierto por una póliza de seguro médico (distinta de Medicare)? .....  sí  no *(Si la respuesta es sí, favor completar esta sección. Si es no, favor pasar a la siguiente sección.)* Si usted o algún miembro de la familia tiene seguro médico, es posible que aún pueda recibir MassHealth. El seguro médico puede ser por medio de un empleador, un padre o madre ausente, un sindicato, un centro educativo o un seguro suplementario de Medicare, como Medex.

Nombre de la compañía de seguros	Nombre del titular de la póliza	
Nombre(s) de los miembros del hogar que estén cubiertos por esta póliza de seguro		
Nombre del empleador/sindicato (u otro que suministre este póliza de seguro)		
Número de la póliza	Número de grupo	Fecha de inicio de la póliza / /
Tipo de póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja individual (dos adultos) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Doble (generalmente para un adulto y un niño)		Titular de la póliza Aporte \$
Período de aporte <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

**Envíe copia** de ambos lados de todas las tarjetas de seguro médico. (No tiene que enviarnos copias de sus tarjetas de Medicare.)

▶ ¿Alguien en el hogar, incluso padres ausentes, tuvo en los últimos seis meses un empleo que ofrecía seguro médico? .....  sí  no *(Si la respuesta es sí, favor completar esta sección.)* Es posible que podamos ayudarle a comprar seguro médico de su antiguo empleador.

¿Quién dejó el empleo que ofrecía seguro médico?	Nombre del antiguo empleador
Dirección del empleador	Código Zip/Código postal

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)**

**Solicitud de admisión común para obtener MassHealth y otros beneficios  
Suplemento C (Padre o madre ausente)**

**Padre o madre ausente**

¿Hay en su casa algún menor de 19 años que tenga padre o madre que no viven en la casa?  sí  no

*Si la respuesta es Sí, pase a "Asignación de derechos" (Sección A). Si la respuesta es No, no necesita leer ni completar las secciones sobre padre o madre ausente (Secciones A, B, C, o D).*

**Asignación de derechos – Sección A**

Para recibir cobertura de MassHealth para **usted y para un niño que vive con usted**, tiene que cooperar con la División encargada de hacer cumplir el sustento de niños de la Administración de Impuestos [Child Support Enforcement Division (DOR)] del estado de Massachusetts para establecer la paternidad y hacer cumplir una orden de sustento médico, a menos que tenga Buena Causa (Good Cause) para no cooperar. También tiene que asignar o ceder sus derechos de sustento médico a MassHealth. Cooperación significa que quizás tenga que dar información sobre la identidad, la dirección y el empleo del padre o madre ausente, comparecer para citas con el personal del DOR y del Tribunal, someterse a pruebas de paternidad, dar información y realizar cualquier otra acción necesaria para ayudar al DOR a establecer la paternidad y a establecer, modificar o hacer cumplir una orden de sustento médico infantil. Buena Causa es un término jurídico que significa que si usted coopera mediante la entrega de información sobre el padre o madre ausente, tal acto no sería lo mejor para el niño por uno de los motivos citados en la Sección B, preguntas sobre Buena Causa, en la página que sigue. Si usted cree que tiene Buena Causa para no cooperar, complete las preguntas sobre Buena Causa y no complete la Información sobre el padre o la madre ausente en la Sección C.

Si no desea presentar una explicación de Buena Causa y no coopera completando la información sobre el Padre o la madre ausente en la Sección C en la página siguiente, se podría ver afectada su elegibilidad a MassHealth.

Para recibir cobertura de MassHealth **sólo para un niño que viva con usted pero no para usted mismo**, no tiene que cooperar con el DOR ni asignar sus derechos de sustento médico a MassHealth, ni dar información sobre el padre o madre ausente. Además, si un miembro de la familia que esté **embarazada** está solicitando beneficios para un niño por nacer, en este momento no tiene que darnos información sobre el padre o madre ausente del niño por nacer, lo cual significa que no tiene que contestar las preguntas sobre Buena Causa ni la información sobre el Padre o la madre ausente en las Secciones B, C ni D. Por favor lea el párrafo siguiente sobre los servicios de la agencia encargada de hacer cumplir el sustento de niños.

Incluso si usted solicita cobertura de MassHealth sólo para el niño que viva con usted, puede pedir los servicios de la agencia encargada de hacer cumplir el sustento de niños si desea ayuda para lograr que un padre o madre ausente pague el seguro médico o el sustento infantil para dicho niño. Para solicitar ayuda, puede llamar al DOR marcando al 1-800-332-2733, o acudir a [www.mass.gov/dor](http://www.mass.gov/dor) y marcar en "Child Support" ("Sustento de niños"). La cobertura de MassHealth para el niño no se verá afectada si usted opta por solicitar o no estos servicios. Si solicita estos servicios, tendrá que cooperar con el DOR.

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)**

**Solicitud de admisión común para obtener MassHealth y otros beneficios  
Suplemento C (Padre o madre ausente)**

Por favor lea la Sección A de la página anterior antes de completar las secciones B, C y D.

**Buena Causa – Sección B**

¿Existe buena causa para que usted no nos dé información sobre este padre o madre ausente?..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no (Si la respuesta es sí, complete Sección B. Si la respuesta es no, complete Sección C.)	
Nombre(s) de los niño(s) sobre cuyo(s) padre(s) ausente(s) usted no desea darnos información:	Nombre(s) de los niño(s) sobre cuyo(s) padre(s) ausente(s) usted no desea darnos información:
¿Cuál es el buena causa para no darnos información sobre un padre o madre ausente? <input type="checkbox"/> Trámites de adopción pendientes <input type="checkbox"/> La cooperación causaría un daño físico o emocional grave a un niño o a un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Asesoría para la adopción en proceso <input type="checkbox"/> El niño fue concebido por abuso o agresión sexual	¿Cuál es el buena causa para no darnos información sobre un padre o madre ausente? <input type="checkbox"/> Trámites de adopción pendientes <input type="checkbox"/> La cooperación causaría un daño físico o emocional grave a un niño o a un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Asesoría para la adopción en proceso <input type="checkbox"/> El niño fue concebido por abuso o agresión sexual

**Información sobre padre o madre ausente – Sección C**

Nombre del padre o madre ausente	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento: / /	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Es desconocida la dirección de esta persona? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Existe una orden de sustento médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Dirección del padre o madre ausente	Código zip/Código postal	Número de teléfono	
¿Nombres del niño(s) de este padre o madre ausente?			

Nombre del padre o madre ausente	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento: / /	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Es desconocida la dirección de esta persona? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Existe una orden de sustento médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Dirección del padre o madre ausente	Código zip/Código postal	Número de teléfono	
¿Nombres del niño(s) de este padre o madre ausente?			

\*Obligatorio si se ha asignado y se puede obtener.

**Firma – Sección D**

Yo soy el padre (o la madre) del menor que vive con (padre que tiene la custodia) o guardián legal, y entiendo que al firmar abajo estoy asignando mis derechos y autorizando a MassHealth y al DOR para que exijan sustento médico al padre o madre ausente de cualquier menor de 19 años que viva conmigo y haya solicitado MassHealth. Igualmente, estoy de acuerdo en cooperar con MassHealth y el DOR en este proceso, como se explica bajo Asignación de derechos en la Sección A.

\*\*Firma del padre/madre que tiene la custodia o guardián legal:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*Obligatorio solamente si usted está solicitando para usted y para el niño que vive con usted.

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)**

**Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

Head of Household SSN: \_\_\_\_\_

Head of Household Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Página de firmas**

**Por favor lea esta página con atención, luego firme y escriba la fecha en la última página.**

Entiendo que esta solicitud me permite solicitar MassHealth, el Plan de seguridad médica para niños (CMSP), Healthy Start y ser clasificado como paciente de bajos ingresos con el Fondo común no compensado para servicios médicos. De aquí en adelante, estos programas serán llamados programas solicitados/programas de EOHHS.

Entiendo que las autorizaciones y certificaciones que proporciono a continuación abajo se aplican a los programas solicitados/programas de EOHHS y, en la medida en que sea aplicable, cuando haga solicitudes ante otras dependencias y programas de EOHHS por medio de la solicitud común electrónica.

Certifico que he leído, o me han leído, la información que contiene esta solicitud y sus suplementos, así como la información del Folleto para miembros de MassHealth si es que solicité cobertura de seguro médico, y que entiendo mis derechos y responsabilidades.

Otorgo permiso a mis empleadores y mis compañías de seguros médicos actuales y pasados a que den a conocer a los programas solicitados/programas de EOHHS cualquier información que tengan sobre cobertura médica y la cobertura médica para mi grupo familiar. Esto incluye, sin limitarse a ello, la información sobre pólizas, primas, coaseguro, deducibles y beneficios cubiertos que tengo, pueden estar o debieron estar a mi disposición o a la de los miembros de mi grupo familiar.

Otorgo permiso a los programas solicitados/programas de EOHHS para que obtengan cualquier documento o dato que compruebe la información proporcionada en esta solicitud y en sus suplementos, u otra información dada por mí a los programas solicitados/programas de EOHHS cuando ya esté afiliado. Si mi familia o yo resultamos elegibles para recibir MassHealth, CMSP o Healthy Start, autorizo a MassHealth a obtener cualquier información sobre servicios médicos prestados por medio de estos programas. Si se determina que mi familia o yo somos pacientes de bajos ingresos, autorizo a la División de finanzas y normatividad para los servicios médicos [Division of Health Care Finance and Policy (DHCFP)] a obtener cualquier información sobre los servicios médicos que mi familia o yo hayamos recibido de un proveedor de servicios médicos que reclame su pago con el Fondo común no compensado para servicios médicos.

Entiendo que los programas solicitados/programas de EOHHS tendrán acceso a la información que proporcione en esta solicitud con el propósito de determinar si cumplo o no los requisitos para recibir servicios de EOHHS.

Entiendo que otras dependencias de EOHHS pueden usar la información que he proporcionado en la solicitud para solicitudes futuras si solicito otros servicios de EOHHS. Entiendo que los programas solicitados/programas de EOHHS (y cualquier programa de EOHHS que yo solicite en el futuro) podrán dar a conocer el estado de mi solicitud o solicitudes, hasta donde lo permita la ley, a un hospital, un centro de salud comunitario, otro proveedor de servicios médicos, u otros programas EOHHS solicitados cuando sea necesario para fines de tratamiento, pagos, operaciones o la administración del programa del cual estoy solicitando servicios.

Entiendo que si yo, o cualquier miembro de mi familia, sufre un accidente o se lesiona de otra manera, y recibe dinero de terceros debido al accidente o lesión, tendremos que utilizar ese dinero para pagar ciertos servicios médicos que los programas solicitados/programas de EOHHS hayan proporcionado, incluso los que se especifican en el Folleto para miembros de MassHealth. También entiendo que debo notificarles por escrito, dentro de un periodo de 10 días, a las dependencias de EOHHS que me estén prestando servicios si presento una reclamación de seguros o una demanda judicial por un accidente o lesión sufrida por mí o por un miembro de mi familia que solicite beneficios.

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)**

**Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

Head of Household SSN: \_\_\_\_\_

Head of Household Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Página de firmas (continuación)**

Entiendo que si yo, o algunos miembros de mi familia somos elegibles para recibir servicios de EOHHS, debo notificar a las dependencias de EOHHS que nos proporcionen servicios, cualquier cambio en los ingresos, empleo, tamaño de la familia, cobertura de seguros y primas de seguros médicos, o cualquier cambio en la información que he suministrado en esta solicitud y sus suplementos, dentro de un plazo de 10 días contados a partir de la fecha en que me entere del cambio.

Asimismo, entiendo que con mi firma autorizo a los programas solicitados/programas de EOHHS para que cobren y recauden los pagos de terceros relacionados con atención médica y apoyo médico. que deben ser pagados por el padre/madre de cualquier niño menor de 19 años que solicite beneficios.

**Para solicitantes de MassHealth, CMSP, Healthy Start y el Fondo común no compensado para servicios médicos:**

Certifico que he recibido los siguientes documentos como parte de mi solicitud de MassHealth: Folleto para miembros de MassHealth, formulario de Identificación del idioma materno, información sobre cómo registrarse para votar, Formulario para la designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos de MassHealth, folleto de WIC y un folleto sobre inmigración.

Si yo, o un miembro de mi familia, tenemos derecho a MassHealth, CMSP o Healthy Start, entiendo que quizá tenga que pagar una prima establecida por MassHealth. Si soy cierto indigena americano o indigena de Alaska con derecho a recibir MassHealth Family Assistance es posible que no tenga que pagar primas según lo estipulado en MassHealth Family Assistance.

Entiendo que si tengo 55 años de edad o más, cuando fallezca MassHealth puede reembolsarse de los dineros que de mi sucesión.

Si usted ha solicitado MassHealth, CMSP o Healthy Start y piensa que la decisión sobre su elegibilidad está incorrecta, tiene derecho a apelar. Si también ha solicitado el Fondo común no compensado para servicios médicos, tiene derecho de presentar una queja. Si se le niegan beneficios, usted recibirá información sobre cómo apelar o presentar una queja.

El jefe de familia, todas las personas de 18 años de edad o mayores y todos los padres de familia de cualquier edad que tengan hijos viviendo con ellos y que soliciten MassHealth, CMSP, Healthy Start o el Fondo común no compensado para servicios médicos deben leer esta página atentamente, luego firmarla y fecharla abajo. Si usted está completando esta solicitud a nombre de alguien y está firmando como representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, debe completar y firmar también un formulario de Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos y enviarlo con la solicitud. Su firma en esta solicitud como representante para la determinación del cumplimiento de requisitos certifica que la información en esta solicitud y sus suplementos es correcta y completa a su leal saber y entender.

**Para todos los Solicitantes o Representantes para la determinación del cumplimiento de requisitos:**

Certifico so pena por perjurio que la información que contiene esta solicitud y sus suplementos es correcta y completa a mi leal saber y entender.

X  
\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

\_\_\_\_\_  
Fecha

X  
\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

\_\_\_\_\_  
Fecha

X  
\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Executive Office of Health and Human Services  
Common Intake Application for MassHealth and Other Benefits**

**Puntos de verificación y documentación aceptable**

Por favor marque los puntos que deben verificarse y entregue esta hoja al solicitante.

Información a ser verificada	Documentación Aceptable
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certificado de ceguera legal de la Comisión para Ciegos de Massachusetts</li> <li>▪ Determinación de discapacidad por la Unidad de Servicios de Evaluación de Discapacidades de MassHealth</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Condición de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carta de un médico, laboratorio de clínica aceptable o proveedor de servicios o organización de SIDA, que indique el nombre del solicitante y su condición seropositiva al VIH. (Ud. puede recibir beneficios hasta por 60 días mientras esperamos el comprobante de su condición seropositiva al VIH, si nos entrega comprobante de sus ingresos.)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Condición de inmigrante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarjeta de registro de extranjero (Green Card - forma I-151 o I-551)</li> <li>▪ Tarjeta de autorización de empleo (I-327B)</li> <li>▪ Pasaporte extranjero</li> <li>▪ Permiso de reingreso (I-327)</li> <li>▪ Visas</li> <li>▪ Documento de INS (DTA identifica I-485, I-589, I-688, I-766, I-94 además de I-151, 551 o 327)</li> <li>▪ Carta de INS</li> <li>▪ Certificación de la Oficina de Derechos Civiles (OCR) de que el solicitante es víctima de tráfico</li> <li>▪ Declaración juramentada de un abogado</li> <li>▪ Orden de un juez de inmigración</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Ingresos salariales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Talonarios de pago recientes (dos correspondientes a los últimos seis meses, bruto-antes de impuestos y deducciones)</li> <li>▪ La Declaración de impuestos federales 1040 más reciente</li> <li>▪ Declaración de ingresos brutos mensuales o semanales en papel membreteado</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Ingresos de trabajador independiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Declaración de impuestos federales 1040 más reciente, firmada, con sus anexos pertinentes</li> <li>▪ Contabilidad de ingresos y gastos de negocios para los últimos 12 meses, firmada por un contador (o por el solicitante, si no hay contador) si no se ha presentado el Formulario de declaración de impuestos federales 1040</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todo tipo: Formulario más reciente 1040 de declaración de impuestos federales con sus anexos</li> <li>▪ Sustento para hijos o pensión de divorcio: Declaración firmada que indique la cantidad del sustento para hijos, fotocopia de la orden de un tribunal, copias de cheques, verificación de sustento para hijos del DOR</li> <li>▪ Ingresos de inversiones e ingresos de fideicomiso: Declaración de impuestos federales 1040 más reciente o estado financiero de fin de año</li> <li>▪ Pensión o anualidades: Fotocopia de carta de adjudicación o comprobantes de cheques o comprobante de depósito directo que verifique el monto bruto (antes de impuestos y deducciones)</li> <li>▪ Ingresos por alquiler: Declaración de impuestos federales 1040 más reciente</li> <li>▪ Subsidio de desempleo: Copia de cheque</li> <li>▪ Beneficios de veteranos: Copia de cheque o carta de adjudicación de beneficios</li> <li>▪ Compensación del trabajador: Copia de cheque o carta de adjudicación de beneficios</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Seguro de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copias de ambos lados de todas las tarjetas de seguro de salud</li> </ul>

**Executive Office of Health and Human Services  
(Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos)  
Solicitud de admisión común para MassHealth y otros beneficios**

**Valores de referencia**

<b>Otras categorías y tipos de ingresos</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Tipo</b>
Pensión de divorcio recibida	Pensión de divorcio
Dividendos corrientes	Ingreso por dividendos
Otros ingresos	Ayuda para adopción Pulmón negro Sustento para hijos Beneficios por discapacidad Ganancias de juegos de azar Préstamo/Ingresos (no educativo) Seguro de discapacidad a largo plazo Ingresos de la Guardia Nacional Otros Hipoteca inversa Deducción para el mantenimiento del cónyuge Beneficios de huelga Sustento Subsidio para capacitación Estipendio para capacitación Indemnización por accidentes de trabajo
Pensiones y anualidades	Anualidades Pensión relacionada con empleo Pensión de servicio civil federal Pensión de gobierno local Pensión militar Otras pensiones Pensión privada Jubilación de ferroviaria Ingresos de jubilación Pensión del estado
Propiedad raíz de alquiler, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc.	Ingresos por alquiler Regalías Ingresos de fideicomiso
Beneficios de seguro social	Seguro Social
Intereses gravables/Intereses libres de impuestos	Ingresos por intereses
Compensación de desempleo	Compensación de desempleo
Ingresos de veteranos o VA	VA federal no relacionado con servicio VA federal relacionado con servicio VA estatal, entregado por el municipio (basado en la necesidad) Compensación de la Administración de Veteranos Pensión de la Administración de Veteranos Anualidad del estado por beneficio de veteranos (no basado en la necesidad)